

Indicación de evaluación pretrasplante (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante o por director médico del centro de diálisis)

HOJA 1 DE 2

Los datos marcados con \* son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara.

Lista de espera

- ☐ RENAL
- ☐ HEPATOINTESTINAL
- ☐ CARDIORRENAL
- ☐ PANCREOINTESTINAL
- ☐ RENOPANCREÁTICA
- ☐ HEPATOPANCREÁTICA
- ☐ CARDIOHEPÁTICA
- ☐ INTESTINAL
- ☐ HEPÁTICA
- ☐ CARDÍACA
- ☐ PULMONAR
- 
- ☐ HEPATORRENAL
- ☐ CARDIOPULMONAR
- ☐ PANCREÁTICA

Método de inscripción

- Para lista de espera renal:
- ☐ PROVENIENTE DEL REGISTRO NACIONAL DE IRCT
- ☐ PEDIÁTRICO - Resolución INCUCAI - 111/05
- ☐ EXCEPCIÓN - Resolución INCUCAI - 184/00
- ☐ Clearance de creatinina

ml/min/1,73 SC
- ☐ Último acceso vascular
- ☐ Otra causa
- 

☐ TRASPLANTE CON DONANTE VIVO PROGRAMADO

Para el resto de las listas:

☐ NORMAL☐ EXCEPCIÓN☐ SIMPLIFICADO

Paciente

- \* Apellido:
- \* Nombre:
- \* Tipo de documento:

☐ DNI

☐ DNIM

☐ DNIF

☐ LE

☐ LC

☐ CI

☐ Pasaporte

Número:

\* Fecha de nacimiento:

/  /  (dd/mm/aaaa)

\* Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

\* Estado civil:

☐ Soltero

☐ Casado

☐ Viudo

☐ Divorciado

☐ Separado

☐ Vínculo de hecho

\* Nacionalidad:

(Si es extranjero, especifique cuál)

Residencia permanente:

☐ SI

☐ NO

Fecha de legal ingreso:

/  /  (dd/mm/aaaa)

Para extranjeros sin residencia permanente

Domicilio

- \* Calle:

\* Nro:

Piso:

Dpto:
- \* Provincia:
- \* Partido/departamento:
- \* Localidad:
- \* CP:
- \* Teléfono 1:

☐ Particular

☐ Celular

☐ Laboral

☐ Familiar

☐ Vecino

☐ Amigo
- Teléfono 2:

☐ Particular

☐ Celular

☐ Laboral

☐ Familiar

☐ Vecino

☐ Amigo
- Teléfono 3:

☐ Particular

☐ Celular

☐ Laboral

☐ Familiar

☐ Vecino

☐ Amigo
- Teléfono 4:

☐ Particular

☐ Celular

☐ Laboral

☐ Familiar

☐ Vecino

☐ Amigo
- Teléfono 5:

☐ Particular

☐ Celular

☐ Laboral

☐ Familiar

☐ Vecino

☐ Amigo
- Correo electrónico:

Destacamento policial más cercano al domicilio del paciente

- Seccional:
- Teléfono / fax:

Centro de diálisis (sólo para el caso de pacientes provenientes del Registro Nacional de Diálisis)

- \* Nombre:

Nro registro:
- \* Médico a cargo:

Nro registro:

Indicación de evaluación pretrasplante (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante o por director médico del centro de diálisis)

Los datos marcados con \* son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara.

Financiador para la cobertura de la evaluación pretrasplante

HOJA 2 DE 2

Sin cobertura: ☐ SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

☐ FINANCIAMIENTO PRIVADO

Con cobertura:

\* Nombre del financiador:  \* Nro afiliado:

Institución de trasplante

Institución:  Nro registro:

Programa: ☐ RIÑÓN Y URÉTER ☐ CORAZÓN ☐ PÁNCREAS Y RENOPÁNCREAS

☐ HÍGADO ☐ PULMÓN ☐ INTESTINO

☐ CORAZÓN Y PULMÓN

Diagnóstico (consultar la tabla de diagnósticos asociada)

\* Principal:  Código:

Secundario:  Código:

☐ Otro: Cuál?

Si alguno de los diagnósticos seleccionados corresponde a "otro", especificar el mismo.

NOTA: en caso de trasplante combinado consignar también el diagnóstico de el/los órgano/s asociado/s.

Comentarios

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada

Fecha de confección:  /  /  (dd/mm/aaaa) Firma y sello del jefe o subjefe del equipo de trasplante o centro de diálisis

<b>CUCAIBA</b> Provincia de Buenos Aires 0800-222-0101	<b>EAIT</b> Ciudad de Buenos Aires 0800-333-6627	<b>ECODAI</b> Provincia de Córdoba 0351-4344105	<b>CUDAIO</b> Provincia de Santa Fe 0342-4574814	<b>INCAIMEN</b> Provincia de Mendoza 0261-4201997	<b>CUCAITUC</b> Provincia de Tucumán 0381-430-1444	<b>CUCAIER</b> Provincia de Entre Ríos 0343-422-1198	<b>CUCAI</b> Provincia de Salta 0387-431-9298
<b>CUCAI</b> Provincia de Chaco 0362-4453534	<b>CUCAIMIS</b> Provincia de Misiones 0376-4447792	<b>CUCAICOR</b> Provincia de Corrientes 03794-420696	<b>CAISE</b> Provincia de Santiago del Estero 0385-4236911	<b>INAISA</b> Provincia de San Juan 0264-4201029	<b>CUCAI</b> Provincia de Jujuy 0388-4221228	<b>CUCAI</b> Provincia de Río Negro 02920-427748	<b>CUCAI</b> Provincia de Formosa 0370-4436109
<b>CUCAI</b> Provincia de Neuquén 0299-4430705	<b>CAIPAT</b> Provincia de Chubut 0280-4421797	<b>CUCAI SAN LUIS</b> Provincia de San Luis 0266-4446291	<b>CAICA</b> Provincia de Catamarca 0383-4437902	<b>CUCAI</b> Provincia de La Pampa 02954-427006	<b>CUCAILAR</b> Provincia de La Rioja 0380-4431963	<b>CUCAI</b> Provincia de Santa Cruz 02966-42-5411	<b>CUCAI</b> Provincia de Tierra del Fuego 02901-421915

**Indicación de evaluación pretrasplante - TABLA DE DIAGNÓSTICO ASOCIADA****Diagnóstico - Renal**

<b>Desconocida (R1)</b>	<b>Nefroangioesclerosis (R5)</b>	<b>Nefropatía Diabética (R9)</b>
<b>Glomerulonefritis (R2)</b>	<b>Poliquistosis Renal (R6)</b>	<b>Síndrome Urémico Hemolítico (R10)</b>
<b>Nefritis Túbulo Intersticial (R3)</b>	<b>Amiloidosis (R7)</b>	<b>Mieloma (R11)</b>
<b>Nefropatía Obstructiva (R4)</b>	<b>Nefropatía Lúpica (R8)</b>	<b>Otra (R12)</b>

**Diagnóstico - Hepático**

<b>Cirrosis Hepatocelular (H1)</b>	<b>Otra (H1.6)</b>	<b>Budd Chiari (H3)</b>
<b>HCV (H1.1)</b>	<b>Cirrosis Colestática (H2)</b>	<b>Hepatitis Fulminante (H4)</b>
<b>HBV (H1.2)</b>	<b>Biliar Primaria (H2.1)</b>	<b>Cáncer (H5)</b>
<b>Alcohólica (H1.3)</b>	<b>Biliar Secundaria (H2.2)</b>	<b>Atresia vías biliares (H6)</b>
<b>Autoinmune (H1.4)</b>	<b>Colangitis esclerosante (H2.3)</b>	<b>Enfermedad Metabólica (H7)</b>
<b>Metabólica (H1.5)</b>	<b>Otra (H2.4)</b>	

**Diagnóstico - Cardíaco / cardiopulmonar**

<b>Miocardiopatía dilatada (C1)</b>	<b>Miocardiopatía restrictiva (C2)</b>	<b>Restrictivo/Constrictivo (C3.5)</b>
<b>Idiopática (C1.1)</b>	<b>Idiopática (C2.1)</b>	<b>Rechazo crónico (C3.6)</b>
<b>Adriamicina (C1.2)</b>	<b>Amiloidosis (C2.2)</b>	<b>Falla Primaria (C3.7)</b>
<b>Posparto (C1.3)</b>	<b>Fibrosis endocárdica (C2.3)</b>	<b>Otra (C3.8)</b>
<b>Familiar (C1.4)</b>	<b>Sarcoidosis (C2.4)</b>	<b>Enfermedad arterial coronaria (C4)</b>
<b>Miocarditis (C1.5)</b>	<b>Secundaria a Radiación o Quimioterapia (C2.5)</b>	<b>Miocardiopatía hipertrófica (C5)</b>
<b>Alcohólica (C1.6)</b>	<b>Otra (C2.6)</b>	<b>Enfermedad Cardíaca Valvular (C6)</b>
<b>Post Viral (C1.7)</b>	<b>Falla del injerto cardíaco (C3)</b>	<b>Enfermedad Cardíaca Congénita (C7)</b>
<b>Isquémica (C1.8)</b>	<b>Rechazo hiperagudo (C3.1)</b>	<b>Cáncer (C8)</b>
<b>Otra (C1.9)</b>	<b>Rechazo agudo (C3.2)</b>	<b>Tumor (C9)</b>
	<b>Enfermedad arterial coronaria (C3.3)</b>	<b>Hipertensión Pulmonar (C10)</b>
	<b>No específico (C3.4)</b>	<b>Otra (C11)</b>

**Diagnóstico - Pulmonar**

<b>Síndrome Eisenmenger (P1)</b>	<b>Restrictiva (P2.3)</b>	<b>Fibrosis Pulmonar secundaria (P7)</b>
<b>Defecto Septum Atrial (P1.1)</b>	<b>Rechazo Agudo (P2.4)</b>	<b>Sarcoidosis (P8)</b>
<b>Defecto Septum Ventricular (P1.2)</b>	<b>Obstructiva (P2.5)</b>	<b>Deficiencia de Alpha-1 Antitripsina (P9)</b>
<b>Ductus Arterial (P1.3)</b>	<b>Falla primaria del injerto (P2.6)</b>	<b>Efisema EPOC (P10)</b>
<b>Anomalías Múltiples congénitas (P1.4)</b>	<b>Otra (P2.7)</b>	<b>Bronquiectasia (P11)</b>
<b>Otra (P1.5)</b>	<b>Otras enfermedades congénitas (P3)</b>	<b>Enfermedad Pulmonar Ocupacional (P12)</b>
<b>Falla del injerto pulmonar (rettrasplante) (P2)</b>	<b>Hipertensión Pulmonar Primaria (P4)</b>	<b>Linfangioleiomatosis (P13)</b>
<b>No específico (P2.1)</b>	<b>Fibrosis Quística (P5)</b>	<b>Bronquiolitis Obliterante (No Re-tx) (P14)</b>
<b>Bronquiolitis obliterante (P2.2)</b>	<b>Fibrosis Pulmonar idiopática (P6)</b>	<b>Enfermedad Vascular Pulmonar (P15)</b>
		<b>Otra enfermedad pulmonar (P16)</b>

**Diagnóstico - Renopancreático**

<b>DBT Tipo I con IRCT en diálisis (Rp1)</b>	<b>DBT Tipo I con IRCT y Cl Cr &lt; 20ml/min y sin tratamiento sustitutivo (Rp2)</b>	<b>Retrasplante simultáneo de páncreas y riñón (Rp3)</b>
--	--	--

**Diagnóstico - Pancreático**

<b>DBT Tipo I sin IRCT (Pa1)</b>	<b>DBT Tipo I con tx renal y páncreas previo (Pa2)</b>	<b>DBT Tipo I con tx renal previo (Pa3)</b>
----------------------------------	--	---

**Diagnóstico - Intestinal**

<b>Isquemia intestinal (I1)</b>	<b>Injuria Traumática (I4)</b>	<b>Gastrosquisis (I7)</b>	<b>Aglanglioneosis (I10)</b>
<b>Enfermedad de Cronh (I2)</b>	<b>Síndrome de Gadner (I5)</b>	<b>Enterocolitis Necrotizante (I8)</b>	<b>Otras causas Intestino Corto (I11)</b>
<b>Tumor Desmoide (I3)</b>	<b>Vólvulo (I6)</b>	<b>Atresia intestinal (I9)</b>	<b>Otra (I12)</b>